Lane Medical Library

Zur manuellen Therapie der Wanderniere.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 19. December 1899

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Aimé Thure-Brandt

aus Schweden.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Wilm.
- Cand. med. Ekgren.
- Cand. med. Rohnstein.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Zum zweiten Male in unserem Jahrhundert steht die medicinische Wissenschaft unter dem Zeichen der Therapie. Was die jetzige therapeutische Strömung vor der früheren auszeichnet, ist vor allem das Fehlen des rohen Empirismus. Auf den Grundpfeilern der Anatomie und Physiologie erhebt sich das Gebäude unserer heutigen Heilwissenschaft in ihren verschiedenen Modificationen. Und in der That, von Jahr zu Jahr ist die Therapie nach dieser oder jener principiellen Seite hin erweitert worden. Nicht stehen wir mehr auf dem Standpunkt der dogmatischen Einseitigkeit, welche nur nach Specifica fahndete. Die heutige Therapie vereinigt in sich die praktische Anwendung der Hygiene und der Diätetik, sie verlangt die Kenntnisse der auf rationeller Basis aufgebauten physikalischen[1]) Heilmethoden (Elektricität, Hydro- und Phototherapie), sie benutzt die erprobten Wirkungen der Arzneimittel und zieht nicht minder die Massage in ihr Bereich, da ja sie gerade zugleich symptomatisch und ätiologisch wirkende Factoren in sich vereinigt.

Wenn wir selbst im folgenden die manuelle Behandlung, und zwar die durch schwedische Massage, der Wanderniere einer Betrachtung unterziehen werden, so sind wir uns wohl bewusst, dass der Stoff unserer Mitteilungen kein neuer ist. — Senator[2]), Strümpell[3]), Wagner[4]), Rosenstein[5]) und Zülzer-Oberländer[6]) und

---

[1]) c. f. v. Leyden: Über die Ziele der modernen Klinik. Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 48.

[2]) Senator: Die Erkrankung der Niere. Wien 1896.

[3]) Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1896.

[4]) Wagner: Behandlung der Erkrankung der Nieren etc. Penzoldt-Stintzing's Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Bd. 7.

[5]) Rosenstein: Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. Berlin 1894.

[6]) Zülzer-Oberländer: Klin. Handbuch der Harn- und Sexualorgane. Leipzig 1894.

andere erwähnen in ihren, den Erkrankungen der Niere gewidmeten Werken und Ausführungen die genannte Art der Therapie bei Ren mobilis; ein besonderes Capitel ist ihr ferner gewidmet in den Specialarbeiten über Massage von Bum[1]), Reibmayr[2]), Hoffa[3]), Kellgren[4]), Zabludowski[5]), Wide[6]), Nebel[7]), Kleen[8]) u. a. Der Grund, warum wir trotzdem gerade dieses Thema gewählt haben, liegt in der Absicht, eine bisher nicht beschriebene, vom Verf. lange Zeit mit gutem Erfolg geübte technische Modification der manuellen Behandlung bei Ren mobilis zu veröffentlichen. Wir lassen zum besseren Verständnis und zur näheren Begründung des mitzuteilenden Verfahrens einige Bemerkungen über die genannte Krankheit der eigentlichen Abhandlung vorausgehen.

Die Verlagerung einer oder beider Nieren kann bekanntlich angeboren oder erworben sein. Im ersten Falle handelt es sich um einen von jenen nicht zu häufigen Bildungsfehlern, die dem betreffenden Individuum unbekannt bleiben, sofern nicht bei einer späteren Erkrankung der genannten Organe die Dislocation derselben festgestellt wird. Gelegentlich wird auch eine Verlagerung der Nieren als zufälliger Sections- oder Operationsbefund erhoben. Da nun gerade die angeborene Dislocation einer oder beider Nieren fast nie subjective Beschwerden verursacht, so wird sie auch nicht der Gegenstand einer directen manuellen, nicht operativen Behandlung sein. Dazu kommt ferner noch der Umstand, dass die Diagnose von angeborener Verlagerung nur mit Schwierigkeit zu stellen ist, und man im concreten Fall nicht mit Sicherheit feststellen kann, ob die Anomalie angeboren oder erst im extrauterinen Leben erworben ist.

[1]) Bum: Handbuch der Massage und Heilgymnastik. Wien und Leipzig 1896.

[2]) Reibmayr: Die Technik der Massage. Leipzig und Wien 1898.

[3]) Hoffa: Technik der Massage. Stuttgart 1897.

[4]) Kellgren: The Technic of Ling's system of manual treatment. London 1892.

[5]) Zabludowski: Zur Massage-Therapie, Berlin 1886.

[6]) Wide: Handbok i medicinsk Gymnastik, pag. 50, Stockholm 1895.

[7]) Nebel: Bewegungscuren mittels schwedischer Heilgymnastik und Massage. Wiesbaden 1889.

[8]) Kleen: Handbok i Massage. Stockholm 1888.

Die erworbene bewegliche Niere, Wanderniere, Ren mobilis, zeichnet sich, wie schon der Name sagt, vor der angeborenen besonders dadurch aus, dass sie fast immer eine mehr oder weniger grosse Beweglichkeit zeigt, dass sie nicht an einer bestimmten Stelle fixiert ist. Wenngleich z. B. eine erworbene Ren mobilis bei der Untersuchung weit entfernt von ihrem normalen Platze angetroffen werden kann, so ist sie doch, wenn auch vielleicht mit gewissen Schwierigkeiten oder erst nach geraumer Zeit an ihren Platz zurückzubringen. Die angeborene verlagerte Niere aber ist an einem Punkte fixiert und kann an die normale Stelle nicht ohne weiteres reponiert werden, da sie ja nicht beweglich ist, oder, genauer gesagt, nicht über die Norm mobil ist, denn auch die normale Niere ist innerhalb geringer Grenzen verschieblich, und bei jeder palpablen Niere ist auch die respiratorische Verschieblichkeit deutlich nachzuweisen.[1])

Gerade die abnorme Beweglichkeit der Niere bei Ren mobilis ist nun der Angriffspunkt für die manuelle Behandlung. Wie wollen jedoch nicht unerwähnt lassen, dass auch die Wanderniere gelegentlich an einer pathologischen Stelle fixiert werden kann. Man denke z. B. an die Complication von Ren mobilis mit Paranephritis. Diese Fälle gehören jedoch zu den Seltenheiten. Gewöhnlich geht die Wanderniere zu ihrer normalen Lage wieder auf demselben Wege zurück, auf dem sie ihren Platz verlassen hatte. Directe Verwachsungen der Ren mobilis mit irgendwelchen Organen der Bauchhöhle sind wegen ihrer extraperitonealen Lage ausgeschlossen. Steigt dagegen die Niere bis ins kleine Becken hinab, dann kann es besonders beim weiblichen Geschlecht zu Adhäsionen mit den extraperitoneal gelegenen Teilen der Genitalien kommen, wenn diese entzündlich afficiert sind. Solche Fälle können sowohl der Diagnose wie ganz besonders der manuellen Behandlung Schwierigkeiten bereiten, denn es können hier leicht Verwechslungen vorkommen. Ist doch der sichere und positive Nachweis, ob im gegebenen Fall die betreffende Niere sich an ihrer normalen Stelle befindet oder nicht, keines-

[1]) P. Wagner: l. c.

wegs immer mit Sicherheit zu erbringen. Wir möchten deshalb an einen von Wede[1]) mitgeteilten Fall erinnern. Es handelt sich da um eine 52jährige Frau, bei der eine kindskopfgrosse Geschwulst im Leibe bestand. Dieser Tumor lag in der rechten Bauchhälfte, ragte ins kleine Becken, liess sich nach oben leicht bis unter die Leber verschieben. Eine Verbindung der Geschwulst mit den Genitalien bestand jedoch, wie eine gynäkologische Untersuchung von autoritativer Seite ergeben hatte, nicht. Es wurde deshalb die Diagnose auf eine Geschwulst der dislocierten und mobilen rechten Niere gestellt und die Operationstechnik auf eine Exstirpation dieser Niere gerichtet. Allein die Operation ergab, dass die ganz gesunde Niere gut fixiert an ihrer normalen Stelle lag und nicht vergrössert war. Der Tumor selbst wurde durch ein gewaltiges Empyema vesicae felleae repräsentiert. Dabei hatte nie Icterus oder Kolik bestanden. Dieser Fall möge illustrieren, wie schwierig es ist, in zweifelhaften Fällen den Nachweis zu liefern, ob an der für die Niere bestimmten Stelle dieses Organ sich thatsächlich befindet. Denn das Fehlen der normalen Nierendämpfung ist ein ganz unsicheres diagnostisches Merkmal, da trotz Fehlens oder Verlagerung der einen Niere häufig keine Schalldifferenz vorhanden ist.

Die Stellung der Diagnose Ren mobilis gründet sich also hauptsächlich auf den Nachweis eines beweglichen Tumors, der die Consistenz und ungefähre Grösse und Gestalt einer Niere hat, sich nicht von einer Seite des Abdomens auf die andere verlagern, wohl aber an die für die Niere bestimmte Stelle bringen lässt. Bisweilen ist es auch möglich, die Nierenarterien pulsieren zu fühlen. Diagnostisch wichtig jedoch ist es, dass man auch sehr bewegliche Nieren in der Rückenlage des Kranken durch bimanuelle Palpation, speciell durch das „Ballottement rénal“ in die Lumbalgegend zurückschnappen lassen kann. Die Beweglichkeit der Wanderniere kann jedoch auch nur scheinbar beschränkt oder aufgehoben werden, z. B. durch vorgelagerte, eben volle Darmschlingen, und es kann den Anschein gewinnen,

[1]) Wede: Ein Fall von Empyem der Gallenblase. Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. 5.

als ob eine bisher als mobil beobachtete Niere fixiert worden ist. Dann wird natürlich eine später zu erfolgende Untersuchung den Irrtum aufklären.

So schwierig, wie erwähnt, der Nachweis ist, ob die Niere sich an ihrer normalen Stelle befindet, so wichtig ist dieser für die Beurteilung, ob eine Ren mobilis in richtiger Weise reponiert ist. Indem wir die üblichen diesbezüglichen Untersuchungsmethoden als bekannt voraussetzen, wollen wir im folgenden eine von der gewöhnlichen Art abweichende hinzufügen; Da bekanntlich Ren mobilis hauptsächlich ein Leiden der Frauen, bei Männern aber viel weniger häufig ist[1]), und da fast immer die rechte[2]) Niere die abnorm bewegliche ist, so legen wir unserer Beschreibung einen Fall von Ren mobilis dexter bei einem weiblichen Individuum zugrunde.

Die Patientin liegt mit nur wenig erhöhtem Oberkörper und mit hochgezogenen Knieen auf dem Rücken. An ihrer linken Seite sitzt der Arzt, sein Gesicht dem ihrigen zugewendet. Nun wird die Patientin ersucht, tief zu inspirieren, und während der folgenden Exspiration ergreift der Arzt mit der linken Hand das rechte Hypochondrium so, dass sich der Daumen auf den Rippenbogen und die anderen vier Finger hinten auf die Hüfte stützen. Auf dem Höhepunkt des Exspiriums dringt nun der Daumen möglichst weit in die Tiefe, sich den vier Fingern nähernd. Dadurch wird die Leber umgriffen und durch das Hinabpressen der Weichteile mit dem Daumen der nunmehr zu reponierenden Niere der Weg abgeschnitten. Um dieses Manöver auszuführen, wird, während die linke Hand ihren Griff unentwegt beibehält, die rechte Hand des Arztes auf das Abdomen der Patientin gelegt und nun durch Tasten und sanftes Drücken die dislocierte Niere zunächst aufgesucht. Ist nun ein Tumor entdeckt, welcher seiner ganzen Natur nach für eine Wanderniere gehalten wird, dann wird dieser von der rechten, sanft drückenden und schieben-

[1]) Nach P. Wagner stellt sich das Verhältnis der an Wandernieren erkrankten Frauen und Männer auf 85 : 15.

[2]) Senator erwähnte gelegentlich der klinischen Vorstellung eines Falles von linksseitiger Ren mobilis bei einem Manne, dass ihm diese Art der Wanderniere überhaupt nur 5 oder 6mal zu Gesicht gekommen ist.

den Hand nach seinem normalen Platze hin bewegt. Allein er kann nicht weiter als bis zu den vier eingepressten Fingern der linken Hand; lockert man diese ein wenig, so kommt die Niere zwischen dem fest eingedrückten Daumen und den vier Fingern derselben Hand zu liegen. Man hat nun die Möglichkeit, den Tumor nach Grösse, Form und Consistenz genau bestimmen zu können, wobei nicht zu vergessen ist, dass die Niere, wenn sie schon längere Zeit mobil ist, infolge venöser Stauung häufig grösser und härter als normal ist. Wenn man nun den Griff der linken Hand ganz allmählich und nur wenig lüftet und die Niere mit der rechten Hand weiter nach oben bewegt, dann kann man in allen Fällen ganz deutlich fühlen, wie die Niere unter dem linken Daumen hinwegrutscht, und man kann das Organ bequem an seiner normalen Stelle festhalten, wenn es nicht bei der Rückenlage der Patientin ohne Fixierung durch die Hand des Arztes liegen bleibt.

Das weitere Vorgehen besteht nun darin, dass die Niere jetzt mit der rechten Hand gestützt wird, während die linke inzwischen ihren Platz verlässt, um neben die rechte Hand gesetzt zu werden. Die Stellung beider Hände und ihrer Finger ist dabei so, dass die Spitzen der letzteren gegen den unteren Pol der Niere gerichtet sind und die Hände selbst sich mit ihrer Radialseite berühren. Währenddessen fordert man die Patientin auf, das Gesäss etwas von der Unterlage zu erheben. Dies hat den Zweck, infolge der starken Rückenkrümmung die Niere dem nunmehr auszuübenden Zitterdruck möglichst zugänglich zu machen. Dieser Act stellt ein Mittel zwischen sanftem Tapotement und Vibrationsmassage dar und wird folgendermassen ausgeführt: „Beide Hände, welche sich in der zuletzt beschriebenen Stellung noch befinden, üben einen starken Druck auf den unteren Nierenpol aus, so wie ihn die Patientin ohne erhebliche Schmerzen ertragen kann, und zwar ist dieser Druck ein von unten nach oben und hinten gerichteter, welcher verbunden ist mit sehr energischen, so schnell wie möglich 5—7 mal hintereinander erfolgenden sehr kleinen Hebungen und Senkungen der Fingerspitzen beider Hände. Dieser „Nierenzitterdruck“, wie wir die auseinandergesetzten Bewegungen nennen wollen, wird 3—4 mal

hintereinander — mit 5—7 Vibrationen — ausgeführt, doch muss zwischen den einzelnen Wiederholungen eine ganz kurze Pause eingeschaltet werden. Wir wollen nicht die Bemerkung unterlassen, dass der, doch immerhin recht beträchtliche Druck nicht gegen das Nierenparenchym, sondern nur gegen den unteren Nierenpol gerichtet sein darf, da man anderenfalls bei häufigen Wiederholungen des „Nierenzitterdrucks“ leichte Quetschungen oder Hyperämie des Organs herbeiführen kann.

Durch die angeführten Manipulationen wird es in allen Fällen von frei beweglicher, nicht fixierter Wanderniere überraschend leicht gelingen, das dislocierte Organ an seinen normalen Platz zu reponieren. Wie das Verfahren ein wenig modificiert werden muss, wenn sich zwischen Niere und dem retro- oder extraperitonealen Gewebe Adhäsionen gebildet haben, wollen wir weiter unten auseinandersetzen.

Zuvor sei eine andere Bemerkung gestattet. Wenn bei Ren mobilis das Organ schon sehr lange Zeit dislociert war, so wird in manchen Fällen der Eindruck der Niere in das seinen normalen Platz umgebende Gewebe verschwinden, es wird gleichsam die infolge der charakteristischen Nierengestalt im retroperitonealen Gewebe gebildete bohnenförmige Delle ausgeglichen. Die Folge ist nun, dass dann eine recht bewegliche Ren mobilis auch bei Anwendung des beschriebenen Verfahrens nicht sofort ganz in ihre frühere Lage zurückzubringen ist, sondern etwas tiefer zu stehen kommt. Will man nun in solchem Fall das Organ noch etwas höher reponieren, dann fixiere man wieder mit der rechten Hand den unteren Nierenpol in der angegebenen Weise unter mässigem Druck und gehe mit der linken auf den Rücken, unterhalb der zwölften Rippe und übe bimanuell einen Druck aus, der die Niere nunmehr höher zu bringen leicht imstande ist. Dies alles hat aber bei erhöhtem Gesäss der Patientin zu geschehen. Jedenfalls ist die Procedur am nächsten Tage zu wiederholen.

Sei es nun, dass die Niere unter andere Druckverhältnisse gekommen ist, sei es, dass die Leber das nunmehr ganz hinter ihr gelegene Organ durch den Druck auf das Peritoneum der hinteren Bauchwand in seiner Lage festhalten hilft, sicher ist, dass man schon

nach einmaliger Anwendung des beschriebenen Verfahrens die Niere so fest fixiert sehen kann, dass sie weder nach Körperdrehungen noch nach Hustenstössen ihren Platz verlässt, sondern erst nach stärkeren Bewegungen oder nach direct auf die Nierengegend applicierten Schlägen herabsinkt. In einer ganzen Anzahl von Fällen liegt die Niere so fest, dass sie bei sonst ruhigem Verhalten der Patientin 24 Stunden lang reponiert bleibt. Trotzdem kann man auf jeden Fall der Patientin raten, sie möchte, wenn sie sich tagsüber legt, oder wenn sie sich abends zur Ruhe begiebt, bei rechtsseitiger Ren mobilis mit der rechten, bei linksseitiger mit der linken Hand in die Weichtheile über dem Lig. Poupartii der gleichnamigen Seite möglichst tief eingehen und unter Beibehaltung eines mässigen Drucks die Hand — eventuell unter Zuhilfenahme der anderen — bis zum Rippenbogen heraufziehen und dieses Manöver einigemale wiederholen. Ausserdem müssen natürlich jede schwere körperliche Arbeit und sehr lebhafte, namentlich springende Bewegungen, vor allem aber auch das Heben schwerer Lasten und das Hochlangen der Patientin untersagt werden. Denn man muss sich stets vor Augen halten, dass mit der blossen Reposition der Niere die Therapie der Ren mobilis keineswegs vollendet, sondern erst angefangen ist.

Bei den unberechenbaren Launen der Ren mobilis muss die oben beschriebene Nierenzitterdrückung durch eine Reihe mechanisch-therapeutischer und zugleich diätetischer Actionen unterstützt werden. Denn es ist klar, dass bei sonst schlaffen, nicht kräftigen Bauchdecken die reponierte Niere wieder sehr leicht ihren Platz verlassen kann, und dass andererseits durch die Heranbildung einer guten Capsula adiposa die Fixierung der reponierten Niere unterstützt wird. Aber wir wollen gleich an dieser Stelle einer von Reibmayr[1]) stammenden Anschauung, dass nämlich die Ren mobilis bei Massagebehandlung nur durch unbeabsichtigte Ursachen geheilt, bezw. gebessert wird, ganz entschieden entgegentreten. Genannter Autor sagt nämlich wörtlich:

---

[1]) Dr. Albert Reibmayr, Die Unterleibsmassage etc. Deuticke, Leipzig u. Wien 1899.

„Brandt[1]) hat zur Behandlung der Wanderniere eine Bewegung angegeben, die er Unternierenzitterdrückung nennt und mit welcher er behauptet, viele Patienten geheilt oder gebessert zu haben. Wir haben darüber gar keine Erfahrung, können aber den Zweifel nicht unterdrücken, ob hier nicht eine Täuschung bezüglich der Heilung vorliegt, da wir ja wissen, dass solche Nieren sehr oft lange Zeit an ihrer Stelle liegen bleiben und plötzlich ohne Ursache wieder zu wandern anfangen. Wir glauben nicht, dass eine Heilung wirklich möglich ist, wenn die Niere nicht durch eine unbeabsichtigte Ursache, z. B. durch grössere Fettablagerung, an Ort und Stelle fixiert wird."

Denn unserer Meinung nach ist nur eine wirklich an ihre normale Stelle reponierte Ren mobilis für die Dauer zu fixieren, da sie nur da die richtige Anpassung des umliegenden Gewebes zu ihrer Form finden wird. In dem richtigen Reponieren sehen wir also das erste Erfordernis für ein gutes Gelingen der manuellen Wandernierentherapie. Und dazu ist es durchaus nötig, dass man sich nicht mit dem einmaligen Zurückbringen des Organs begnügt, sondern sie längere Zeit hindurch womöglich täglich wiederholt, oder wenn nach mehreren Tagen die Niere gut liegen bleibt, ihre Fixierung zunächst durch wiederholte Nierenzitterdrückung und die nunmehr zu beschreibende eigentliche Massage und gymnastische Übungstheorie fördert. Es kommt hierfür weniger die Massage der Niere selbst, sozusagen des Nierenparenchyms, in Betracht, als die der an, um und über die Niere ziehenden Muskelcomplexe. Die Bildung einer guten Capsula adiposa kann ja erst, wenn auch eine diesbezügliche Kur gleich begonnen wird, nach ganz geraumer Zeit eintreten, während welcher die manuelle Behandlung schon längst ihre Wirkung gezeigt haben muss.

Es hat somit die eigentliche Massage- und gymnastische Übungstherapie bei Ren mobilis der Hauptsache nach zwei Postulate zu erfüllen: Einmal muss das um die gut reponierte Niere gelegene Bindegewebe etc. gekräftigt werden, sodann muss durch die Stärkung

[1]) Es ist dies Th.-Brandt, der Vater des Verfassers.

sämtlicher Muskeln des Bauches, Rückens, und vor allem des Beckenbodens die Erzielung eines höheren intraabdominellen Druckes ermöglicht werden. Ausserdem ist mit peinlicher Sorgfalt dafür zu sorgen, dass nicht während der Behandlung die Erfolge derselben durch anderweitige, nicht die Niere selbst betreffende körperliche Störungen verlangsamt oder gar gänzlich zerstört werden. Dazu ist neben dem ruhigen Verhalten etc. der Patientin vor allen Dingen nötig, alles das zu vermeiden, was zu einer plötzlichen, sehr starken Erhöhung des intraabdominellen Druckes führt: Husten, Obstipation, Ructus, Niesen u. s. w. Was zunächst das Husten belangt, so muss entweder mit dem Beginn der Reposition und manuellen Behandlung so lange gewartet werden, bis das den Husten bedingende Grundleiden verschwunden ist oder wenigstens letzterer aufgehört hat. Wenn sich aber während der Behandlung ein mit Husten verbundenes Leiden einstellt, dann kommt es ganz darauf an, in welchem Stadium der Reponierung die Niere sich befindet. Ist sie nämlich so gut reponiert, dass sie schon vorher tagelang an ihrem normalen Platz festgelegen hat, dann kann — wenn es sonst der Gesundheitszustand der Patientin gestattet — die rein manuelle Behandlung ruhig fortgesetzt werden, während man mit den gymnastischen Übungen wohl etwas kargen, ja sie für eine Zeit ganz aussetzen muss, um nicht möglicherweise den Husten exacerbieren zu lassen. Bei allen acuten, mit Husten verbundenen Erkrankungen aber ist auch die rein manuelle Behandlung zu unterlassen. (Man denke z. B. an den Fall, dass eine Patientin mit Ren mobilis von einer Pneumonie heimgesucht wird.) Wenn nun andern Falls eine Patientin gleich im Anfang der manuellen Behandlung vom Husten befallen wird, dann bricht man letztere am besten ganz ab und nimmt sie erst bei völligem Freisein der Patientin von ihrem Husten wieder auf. Das bedeutet allerdings manchmal einen recht langen Aufschub, z. B. bei chronischer Bronchitis, aber es ist ein Verlust an Zeit doch immerhin leichter zu ertragen, als wenn man seine Bemühungen vereitelt sehen soll. Allerdings haben wir selbst in einem Falle gegen diese Ausführungen gehandelt, und zwar mit gutem Erfolg. Diese Patientin jedoch war sehr mager und

konnte ihre Bauchdecken bequem bis auf die Wirbelsäule eindrücken, so dass sie in der Lage war, bei Hustenanfällen die Niere selbst zu fixieren oder, wenn letztere herabgesunken war, in der oben angegebenen Weise zu reponieren. Solche Fälle jedoch bilden die Ausnahme, und man thut besser, die manuelle Behandlung abzubrechen, wenn nicht die Niere schon so gut reponiert ist, dass sie nur schwer ihren Platz verlässt.

Was wir aber vom Husten gesagt haben, gilt mutatis mutandis von allen dyspnoischen Zuständen, besonders auch vom Asthma, und zwar sowohl vom Asthma bronchiale wie vom Asthma cardiale. Wenn man auch zugestehen muss, dass die Coincidenz dieser Leiden mit Ren mobilis selten ist, so kommen sie doch in der Praxis vor. Der manuellen Behandlung bereiten diese Fälle grosse Schwierigkeit, weil die Patienten meist nur in halb sitzender Lage ruhig atmen können. Das Asthma cardiale möchten wir für eine Contraindication zur manuellen Behandlung halten, weil es sehr gewagt sein dürfte, die plötzlichen, durch die Massage bewirkten Blutdruckalterationen auf das Herz einwirken zu lassen. Diese Complicationen haben leider in der einschlägigen Litteratur noch nicht ihre genügende Würdigung gefunden, wenn man nicht gerade den Satz, dass bei Herzfehlern als solchen die Massage zu unterlassen ist, hierauf anwenden will.

Neben der Vermeidung alles dessen, was das Entstehen des Hustens herbeiführt, muss man bei der manuellen Behandlung der Wanderniere vor allem dafür sorgen, dass keine Obstipation eintritt. Welcher Natur diese auch sei, ob sie von Anomalien der Secretion oder der Peristaltik abhängt, ob sie acut oder chronisch ist, stets hat sie bei der Defäcation eine hochgradig erhöhte Inanspruchnahme der Bauchpresse und somit eine starke Erhöhung des intraabdominellen Drucks zur Folge. Dieser Umstand hindert sowohl die Reposition der Ren mobilis, als auch kann sie eine neue Dislocation der schon reponierten Niere bewirken, sie greift also auf jeden Fall hindernd in die manuelle und gymnastische Behandlung ein. Welcher Art der Therapie man sich nun bei der Obstipation bedient, ob der medikamentösen, der elektrischen, der hydropathischen oder ebenfalls der

manuellen, wie sie Möller[1]) zum Gegenstand einer Inaugural-Dissertation über die Therapie der habituellen Obstipation gemacht hat, ist wohl gleichgiltig. Wir selbst sind geneigt, der letztgenannten den Vorzug zu geben, da sie sich am meisten unseren Zwecken dadurch anpasst, dass auch sie zu einer Kräftigung der Becken- und Bauchmuskeln führt.

Die Ructus, welche der Ausdruck verschiedener Anomalien sein können, führen gleichfalls zu einer explosivartig erfolgenden intraabdominellen Druckänderung, ebenso das Niesen. Grade auf die Verminderung des letzteren müssen die Patienten aufmerksam gemacht werden, denn die Gewohnheit, recht kräftig und laut zu niesen, ist eine namentlich in den unteren Volksschichten recht verbreitete Unsitte. Um die Ructus hintanzuhalten, sind vorteilhafterweise die stark kohlensäurehaltigen Getränke zu verbieten; ist aber das häufige Aufstossen durch ein organisches Magenleiden bedingt, dann suche man dies durch eine entsprechende Therapie zu beseitigen, wenigstens aber die Ructus, bevor man an die manuelle Behandlung der Ren mobilis geht.

Auch übermässiges Lachen und heftiges Schluchzen können wegen desselben Effectes die Erfolge unserer Therapie hindern oder vereiteln, und wenn wir oben gesagt haben, die Patienten sollen sich in der Zeit der Behandlung ruhig verhalten, so meinen wir, dass sie sich nach Möglichkeit auch allen unnötigen Gemütserregungen — sei es freudiger, sei es betrübender Natur — entziehen sollen. Wir wollen zum Schluss einen Punkt nicht unerwähnt lassen, auf den besonders P. Wagner[2]) aufmerksam macht, der aber sonst nicht die genügende Beachtung findet, nämlich die schädliche Wirkung des starken Schnürens der Rockbänder über der Hüfte, bei Frauen, welche kein Korsett tragen, denn die Schnürwirkungen führen zu allmählichen Verengerungen des unteren Abschnittes des Brustkorbes, zur Zusammendrückung und Verdrängung der Leber nach vorn und unten und infolgedessen auch zur Lockerung der Nieren.

[1]) Möller: Zur Therapie der habituellen Obstipation. Inaug.-Dissertation, Berlin, 1898.

[2]) P. Wagner: Die Wanderniere. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten von F. Penzoldt u. R. Stintzing. Jena 1898.

Nach Auseinandersetzung der für das Gelingen der manuellen Therapie schädlichen Einflüsse wollen wir, bevor wir die bei Ren mobilis anzuwendende Massage und Gymnastik selbst beschreiben, den Wert der Stärkung der Gesamtkonstitution bei der Wanderniere besprechen.

Von einer eigentlichen diätetischen Therapie bei dieser Krankheit kann man kaum reden[1]). Wenn man aber bedenkt, dass zu den prädisponierenden Ursachen der Ren mobilis, die sowohl das weibliche wie das männliche Geschlecht betreffen können, der rasche Schwund des Fettgewebes und damit auch des in dem weitmaschigen paranephritischen Gewebe enthaltenen Fettes gehört, so ist damit schon der Weg für die Diät bei der Wanderniere vorgezeichnet. Die Kost muss eine roborierende sein, die zugleich den Fettansatz steigert. Aber man darf auch hierin nicht zu weit gehen, die Patienten dürfen auf keinen Fall in ihrer körperlichen Rüstigkeit durch übermässigen Fettansatz beeinträchtigt werden, da sich bei ihnen dann gar leicht der Zustand heranbildet, den Blumenfeld[2]) in einer jüngst erschienenen Arbeit über die Ernährung Tuberkulöser in der Häuslichkeit geschildert hat. Kommt es doch auch in der That weniger auf die Menge des um die Niere lagernden Fettes an als auf die Festigkeit des paranephritischen Gewebes, in welches das Fett eingebettet ist. Eine übermässige Menge sehr lockern paranephritischen Fettes kann unseres Erachtens nach das Herabsinken einer reponiert gewesenen Niere eher fördern wie das Organ fixieren, und sie erschwert ausserdem die nunmehr zu beschreibende manuelle Behandlung.

Man hat hierbei zwischen der „Nierenwalkung“, wie sie von Kellgren[3]) und seinen Schülern empfohlen und angewendet wird, und zwischen der Nierenmassage

---

[1]) So fehlt z. B. auch in dem Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik von v. Leyden ein specielles Kapitel für die Ren mobilis, während alle übrigen Affektionen der Niere eingehend berücksichtigt sind.

[2]) Blumenfeld: Die Ernährung der Lungenschwindsüchtigen mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung im Hause. Berliner klinische Wochenschr. 1899, No. 49.

[3]) Kellgren: The Technic of Ling's system of manual treatment. London 1892.

zu unterscheiden. Bei ersterer ist die Niere selbst der Gegenstand der Behandlung, bei der sogenannten Nierenmassage dagegen hauptsächlich das an und über der Niere gelegene Gewebe, und zwar nicht bloss das Bindegewebe, sondern auch die Fascien und Muskeln.

Die Anwendung der Nierenwalkung sollte für die Hyperämie dieser Organe und für die Hydronephrose reserviert bleiben, da ihre Wirkung zum allergrössten Teil nur auf eine beschleunigte Flüssigkeitsbewegung — sowohl der intravasculären wie der intercellulären — hinzielt. Auch Reibmayr[1]) beschreibt eine Art der Nierenwalkung, wenn er in dem Kapitel „Massage der Niere und deren Umgebung" folgendermassen sagt:

„Patient liegt wie bei der Bauchmassage, die Bauchmuskulatur ist möglichst erschlafft. Der Masseur sitzt an der Seite, deren Niere er massieren will, und legt seine linke flache Hand bei der rechten Niere (bei der linken Niere die rechte Hand) an die betreffende Lendengegend, so dass die zu massierende Niere quasi auf seinen Fingern zu liegen kommt. Der Daumen stützt sich vorne auf den unteren Rippenbogenrand. Mit der rechten Hand sucht er nun mit den Fingerspitzen langsam und zart von der Bauchdecke aus auf die betreffende Niere einzudringen und, indem er kleine, kreisförmige Bewegungen ausführt, dieselbe zwischen die beiden Hände zu bringen und nun zart zu kneten und zu streichen." Wir selbst glauben einen Nachteil dieser Methode darin zu erblicken, dass die nicht genügend fixierte Niere bei den kreisförmigen, reibenden Bewegungen leicht aus ihrer Lage gebracht werden, ja direkte Achsendrehungen erfahren kann, die ihrerseits wieder zur Torsion oder Knickung des Ureters führen kann. Deswegen sind wir der Ansicht, dass diese Art der Massage der Nieren (Walkung) erstens nur ganz kurz und leicht ausgeführt werden darf und dass zweitens das Organ bei dieser Walkung gehörig fixiert sein muss. Das suchen wir dadurch zu erreichen — es handele sich wieder um Ren mobilis dexter — dass wir zur linken Seite des Patienten sitzend, die rechte Hand in die Gegend der zwölften Rippe, und zwar mit den Fingerspitzen an den unteren

[1]) Reibmayr: Die Unterleibsmassage, 1899. Fr. Deuticke.

Pol der Niere bringen und mit der linken die rechte Weiche umgreifen, und zwar so, dass wir mit den Fingern der letzteren — Daumen oben, die übrigen vier Finger unten — die Massage ausführen. Sodann machen wir mit den leicht aufgelegten Fingern der linken Hand leichte kreisförmige Bewegungen über dem Organ selbst und wiederholen diese 11 bis 12 mal. Diese Art der Nierenmassage unterscheidet sich von der Reibmayrs und Dollingers[1]) dadurch, dass das Organ völlig fixiert ist und dass die Massage nicht in einer Knetung der Niere beruht, sondern vielmehr vom Rücken aus auf das paranephritische Gewebe wirkt. Ob die Massage vom Rücken oder vom Bauch her angewandt wird, wäre an sich wohl gleichgiltig. Da aber nur vom Bauch her die Niere fixiert werden kann — in der schon angegebenen Weise — so bleibt nur der Rücken für die Applikation der manuellen Behandlung bei fixierter Niere frei. Die zwischen Haut und Niere liegenden Muskeln haben ja auch nur eine so geringe Dicke, dass sehr gut eine Wirkung auf das paranephritische Gewebe, dessen Festigung wir ja hauptsächlich bezwecken, ausgeübt werden kann. Die die Niere bedeckenden Muskeln sind der M. latissimus dorsi und der M. quadratus lumborum, die in Betracht kommenden Fascien die Fascia lumbodorsalis und die dünne Fascia transversalis[1]). Die über den obern Pol des Organs hinwegziehende zwölfte Rippe hat ebenfalls nur wenig zu sagen, denn es kommt uns ja nicht auf eine brüske Bearbeitung der Niere selbst an, als vielmehr auf eine sanfte Massage der gesamten Nierengegend. Auf jeden Fall ist das Massieren des meist etwas schmerzhaften Organs vom Rücken her dem Patienten viel angenehmer als vom Bauch her. Hat man nun gar ein abgemagertes Individuum vor sich, bei welchem man ohne Schwierigkeit die ganze Wirbelsäure abtasten kann, dann halten wir die manuelle Behandlung von vorn her für illusorisch.

Da es nun, besonders bei Frauen aus dem arbeitenden Stande, doch hin und wieder passiert, dass in-

[1]) Julius Dollinger: Die Massage für Ärzte und Studierende. Stuttgart 1890. (Ferdin. Enke).

[2]) Hildebrand: Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie. Wiesbaden 1894, J. F. Bergmann.

folge einer nachteiligen Bewegung (Reiten, Springen, Hochlangen, Heben von Lasten, heftige Hustenstösse, Ructus u. s. w., oder durch direkte traumatische Einwirkung wie Schlag oder Stoss oder Fall auf die Nierengegend) die reponiert gewesene und sonst reponiert gebliebene Niere ihren Platz wieder verlässt, so ist es vorteilhaft, wenn man die Patienten lehrt, die Niere selbst wieder zurückzubringen. Viele können es schon, wenn sie in die Behandlung eintreten, weil sie öfter von Schmerzen gequält sind, wenn infolge der genannten schädlichen Einwirkungen der Ureter gezerrt wurde; sie fanden bald rein empirisch in der Reposition das geeignete Mittel, die Schmerzen zu beseitigen. Andere Patienten dagegen muss man erst direkt dazu auffordern, morgens und abends, wenn man nicht selbst in der Lage ist, die Reposition vornehmen zu können, in Rückenlage mit angezogenen Knieen mit beiden Händen den Bauch von unten her ziehend und dabei die Hände einpressend zu durchgreifen, bis sie zum Rippenbogen gelangen, dann sollen sie das Gesäss etwas anheben und die Fingerspitzen so fest wie möglich unter demselben hineindrücken. Man kann dann fast sicher sein, dass die Niere bis zur nächsten manuellen Behandlung von seiten des Arztes nicht wieder heruntergleitet. Diese kleinen Cautelen, so unscheinbar sie vielleicht dem Patienten erscheinen mögen, sind doch besonders im Beginn unserer Therapie nicht ohne Wert, denn sie compensieren manche andere Unachtsamkeiten, welche zu einer Dislokation des Organs führen. Anderseits gewöhnen sich die Patienten sehr schnell an die Selbstreposition und schliesslich ist diese meist schon nach kurzer Zeit der manuellen Behandlung gar nicht mehr nötig, weil dann die Niere gehörig fixiert ist.

Wie wir schon oben erwähnt haben, setzt sich die manuelle Behandlung bei Ren mobilis im wesentlichen aus zwei Teilen zusammen, nämlich aus der eigentlichen Massage und der Gymnastik. Diese letztere wieder kann man in drei Arten teilen, nämlich:

a) die rein active;
b) die rein passive;
c) die aus Verbindung beider genannten hervorgehende activ-passive oder passiv-active;

denn je nachdem die eine oder die andere dieser Componenten das Übergewicht hat, wird man sie mit dem ersten oder letzten Namen bezeichnen. Aus dieser Dreiteilung geht hervor, dass nur bei den unter a) und c) angeführten Arten der Gymnastik der Arzt selbst manuell thätig ist, während die rein active Gymnastik von den Patienten allein ausgeführt wird. Da nun die „manuelle Therapie" bei Ren mobilis der Gegenstand unserer Erörterung ist, so wollen wir in folgendem auch nur die Arten der Therapie beschreiben, bei welcher der Arzt sich manuell beteiligt. Und zwar würden wir etwa folgendes Programm empfehlen[1]):

1. Streckstützspaltstehend — Wechselseitwärtsbeugung[2]). (Passiv-active Bewegung.)

Stellung: Die Patientin mit mässig gespreitzten Beinen, die Arme sind aufwärts gestreckt, dabei im Ellbogengelenk ganz leicht flectiert, die Volae manus einander zugekehrt. Für die folgende Widerstandsbewegung ist es nötig, dass das Kreuz — am besten gegen eine ca. 10 cm breite Leiste — gestützt wird. Der Arzt steht vor der Patientin, deren Ellbogen mit den Händen jederseits von aussen her leicht umfassend.

Widerstandsbewegung: Der Arzt beugt den Oberkörper der Patientin unter dem Widerstand der letzteren seitwärts so weit, wie sie es ohne Beschwerden erträgt. Dann wird sie aufgefordert, sich wieder aufzurichten, während nun der Arzt dieser Bewegung Widerstand entgegensetzt. Diese Übung ist 3 bis 4mal nach jeder Körperseite hin zu wiederholen, sie nimmt hauptsächlich die Function der Mm. obliqui abdominis und des M. latissimus dorsi in Anspruch. Als rein activ kann diese Bewegung in derselben Weise auch ohne Widerstand von der Patientin allein gemacht werden. Zu achten ist sowohl bei der passiv-activen wie der rein

---

[1]) Wir wählen zur Bezeichnung der ganzen Bewegungsgruppe die Ausdrücke, wie sie in den verschiedenen Lehrbüchern der Massage und Heilgymnastik Eingang gefunden haben, wenngleich wir uns wohl bewusst sind, dass die Ausdrücke bei ihrer Länge und Compliciertheit an Verständlichkeit oft zu wünschen übrig lassen.

[2]) Abbildungen, welche die Ausführung dieser und der folgenden Bewegungen illustrieren, und genauere Erklärungen dazu finden sich in „Thure-Brandt, Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten". Berlin 1893, Fischer's medic. Buchhandlung.

activen Ausführung, dass der Kopf der Patientin dem Rumpf gut folgt und sie gut fest auf beiden Füssen steht. Auf keinen Fall darf ferner das Knie des einen oder des andern Fusses gebeugt werden.

2. Neiggegenstehend mit leichtem Tapotement der Nierengegend:

Stellung: Die Patientin stellt sich mit möglichst gradem Körper vor eine Wand oder eine in der Höhe etwa ihrer zweiten Rippe angebrachte Sprosse, (man kann sich hierzu vorteilhafterweise einer senkrecht feststehenden Stange bedienen, welche mit Quersprossen versehen ist,) in einer Entfernung, dass sie die Volae manus bei gestreckten und nach vorn erhobenen Armen an die Wand anlegen kann oder die Sprosse umfassen kann. Sodann tritt sie zwei kleine oder einen grossen Schritt zurück, so dass die Längsachse ihres Körpers etwas gegen die Stütze geneigt ist. Dabei ist sie aufzufordern das Kreuz durchzudrücken, den Kopf gerade oder ganz leicht nach hinten geneigt zu halten und die Fersen nicht vom Boden zu erheben, da sonst die Stellung eine unsichere wird.

Tapotement: Diese Manipulation wird mit beiden Händen von Seiten des Arztes so ausgeführt, dass dieselbe in supinierter Stellung die Haut der Nierengegend mit der Dorsalseite der leicht gebeugten etwas von einander abducierten drei bis vier Ulnarfinger abwechselnd klatschen. Die wieder erhobene Hand muss aus der Supination wieder in die Pronation übergehen, und so müssen die Hände abwechselnd rasch und energisch arbeiten. Die Arme werden möglichst parallel zu dem Rücken gehalten, sie und die Finger sollen in den Gelenken locker sein, dabei müssen grössere Excursionen vermieden werden. Auch wir schliessen uns der Ansicht Möllers[1]) an, der es für ganz falsch hält, Finger und Handgelenk während des Tapotements möglichst steif zu halten, wie dies von Hoffa[2]) empfohlen wird. Man kann mit dem Tapotement der Nierengegend auch eine Klopfung verbinden. Diese wird federnd durch wiederholte Schläge mit der lose geballten Hand ausge-

[1]) Moller, Zur Therapie der habituellen Obstipation. Inaugural-Dissertation, Berlin 1898.

[2]) Hoffa: Technik der Massage. Stuttgart 1897.

führt. Die linke Hand des Arztes liegt dabei, der Patientin Stütze gewährend, am Abdomen der letzteren. Das Gelenk der klopfenden Hand ist gelenkig und lose zu halten, und die gebeugten Finger sollen, wie schon bemerkt, etwas federnd wirken. Es werden nun eine Reihe von Schlägen (etwa fünf) drei bis vier mal hintereinander in einer Bogenlinie ausgeführt, welche sich annähernd mit der Projection der Niere deckt. Jedes brüske Schlagen oder Stossen muss sowohl beim Tapotement der Nierengegend wie bei der Klopfung vermieden werden, es darf auf keinen Fall zu einer Erschütterung der Nierengegend kommen, eine solche wäre imstande, eine gut reponierte Niere wieder zu lockern und sinken zu lassen. Die neiggegenstehende Stellung kann je nach den Kräften der Patientin in eine neiggegenfallende übergehen, wenn sie allmählich ihren Abstand von dem Stützpunkt vergrössert und zugleich den Stützpunkt etwas tiefer wählt. Man berücksichtige aber sehr genau den Kräftezustaud der Patientin.

3. Tapotement der Nierengegend in passiver gedehnter liegender Position.

Stellung: Die Patientin legt sich bauchwärts auf eine gepolsterte Bank oder im Notfall auf eine Reihe neben einandergestellter Stühle und fasst mit den Händen einen vorn stehenden, etwas erhöhten, feststehenden Gegenstand. Ein Gehülfe oder eine Gehülfin fasst die beiden Fussgelenke und zieht kräftig nach hinten und etwas oben, so dass der ganze, so passiv gestreckte Körper der Patientin einen langen Bogen bildet, der in der Mitte mit dem Abdomen auf der Unterlage eine gewisse Stütze findet. Die Patientin hat nur den Kopf zurückzuhalten, ist sonst ganz passiv.

Tapotement: Bezüglich desselben gilt das im vorigen Abschnitt Gesagte, wieder mit der Beschränkung, dass alles Gewaltsame und Erschütternde gemieden werden muss.

4. Neigreitsitzende Wechseldrehung.

Stellung: Die Patientin sitzt auf einer gepolsterten Bank in Herrenreitsitz, im Notfall auf einem Stuhle. Die Beine ruhen auf einer Fussbank oder einem an der Bank befestigten Brett und sind zu fixieren. Die Hände legt die Patientin um die Hüften, den Kopf lehnt sie

etwas zurück. Der Arzt steht hinter ihr und gewährt ihr mit seiner Brust eine leichte Stütze. Dann fasst er ihre Schultern in der Weise, dass die Daumen über dem Acromion liegen und die übrigen vier Finger etwas in die Achselhöhle einhaken.

Bewegung: Durch Zurückziehen der einen Schulter wird der Oberkörper nach einer Seite unter dem Widerstande der Patientin gedreht, dann von dieser unter dem Widerstande des Arztes wieder nach vorn gedreht. Dies wird abwechselnd nach jeder Seite drei bis vier mal wiederholt. Danach kann man noch den nicht gedrehten Körper der Patientin etwas nach vorn neigen lassen und ihn unter ihrem Widerstande rückwärts ziehen, bis zur leichten Biegung des Körpers.

5. Erheben des Rumpfes aus der gestreckten Rückenlage bei Fixierung der Unterschenkel.

Stellung: Die Patientin liegt auf dem Rücken, die Hände in die Hüften gestützt. Der Arzt legt seine Hände dicht oberhalb der Patella fest auf, um die Beine der Patientin zu fixieren.

Bewegung: Nun wird diese aufgefordert sich langsam emporzurichten. Dabei darf sie den Kopf weder nach hinten noch nach vorn beugen, sie muss den Rücken absolut gerade halten und die Schultern gut nach hinten ziehen, um den Brustkorb zu erweitern. Wenn die Übung in solcher Stellung richtig gemacht wird, nicht mit einem Ruck, sondern äusserst langsam, so wird auch die gewünschte Wirkung erzielt werden. Sobald die Patientin in die sitzende Stellung angelangt ist, legt sie sich wieder langsam flach hin. Während dieser immerhin recht anstrengenden Übung muss die grösste Aufmerksamkeit auf tiefes ruhiges Athmen gerichtet werden. Diese Übung wird nur drei mal gemacht.

An dieser Stelle wollen wir erwähnen, dass von einigen Gymnasten die Beinhebung bei fixiertem Oberkörper empfohlen wird. Wir möchten diese Übung aus rein ästhetischen Gründen gerade in der Frauenpraxis — um diese handelt es sich ja bei uns im wesentlichen — völlig gemieden wissen.

6. Krummhalbliegende Knieteilung und Knieschliessung bei Kreuzhebung.

Stellung: Die Patientin liegt auf einem Sopha oder einer gepolsterten Bank. Ihr Oberkörper ruht auf einer mässig erhobenen schrägen Stütze. Die Oberschenkel sind ziemlich stark adduciert, die Unterschenkel, welche sich an den Knieen berühren, dementsprechend flectiert, die Füsse werden möglichst mit der ganzen Sohle auf die Unterlage aufgestemmt und nun hebt die Patientin das Becken empor, bis die Hüftgelenke möglichst gestreckt sind, und die Körperschwere auf den Füssen und dem oberen Teile des Rückens samt den Schultern ruht. Der Arzt sitzt zur Seite der Patientin und legt die Hände an die Innenseite ihrer Kniee.

Bewegung: Die Kniee werden unter dem Widerstande der Patientin von einander entfernt, dann von dieser unter dem Widerstande des Arztes wieder bis zur Berührung einander genähert. Wenn diese Bewegungen drei bis vier mal wiederholt sind, dann legt der Arzt seine Hände an die Aussenseiten der Kniee der Patientin, indem er seine Arme möglichst parallel nahe aneinander hält, dann werden die mässig gespreizten Beine der Patientin unter ihrem Widerstande vom Arzt zusammengedrückt, danach von dieser unter Widerstand des letzteren wieder von einander entfernt. Diese Bewegung wird ebenfalls zwei bis vier mal hintereinander ausgeführt. Dabei darf sich jedoch die Patientin niemals so anstrengen, dass sie in ihrer ruhigen Athmung behindert wird.

Die Wirkung der ersten Bewegung bringt, besonders wenn die Patientin sich kräftig bemüht, die Hüftgelenke möglichst gestreckt zu halten, alle Muskeln des Beckenbodens in active Verkürzung[1]); der Beckenboden wird erhoben.

In den beschriebenen sechs Bewegungen hat man ein wichtiges Hülfsmittel zur Kräftigung der gesamten Bauchpresse, von deren guter Action die Erhaltung des nötigen intraabdominellen Druckes abhängig ist. Die Muskeln des Bauches, des Rückens, des Beckens und das Zwerchfell werden in ihrer Function gestärkt. Nicht unerwähnt jedoch wollen wir lassen, dass bei allen acuten

[1]) cf. Thure-Brandt: Die Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin 1893, Fischers medic. Verlag.

fieberhaften Zuständen des Peritoneums oder der von ihm überzogenen Organe, ferner bei Bestehen eines Ulcus rotundum ventriculi oder anderweitiger ulceröser Processe an Magendarmtractus sowohl die Massage wie die angeführten heilgymnastischen Übungen zu unterlassen sind[1]).

Wir haben in obiger Ausführung die manuelle Behandlung der Wanderniere, und zwar der nicht durch entzündliche Affectionen fixierten Ren mobilis besprochen. Es mögen einige Worte gestattet sein, die Modification des Verfahrens für solche Fälle auseinanderzusetzen. Die Ursachen für die Fixierung der Wanderniere können verschieden sein, sie können von einer entzündlichen Erkrankung der Niere selbst, beziehungsweise ihrer Kapsel ausgehen oder von entzündlichen Affectionen desjenigen Gewebes, in welches die Niere sich hineingesenkt hat, z. B. dies parametrischen. Als oberster Grundsatz für die Lösung einer jeden Fixation hat zu gelten, dass sämtliche Symptome der Entzündung geschwunden sind. Bestehen diese noch, so hat die Behandlung des Grundleidens an die allererste Stelle zu treten, die der Ren mobilis erst an die zweite. Erst wenn die Symptome völlig geschwunden sind und eine diesbezügliche Untersuchung das Aufhören der Entzündung ergeben hat und eine geraume Zeit recidivfrei verlaufen ist, darf man an die Lösung der Fixationen denken. Und selbst dann noch muss man mit der grössten Vorsicht die Diagnose auf entzündungsfreie Adhäsionen stellen. Wir pflichten hierin völlig Dollinger bei, welcher sagt[2]):

„Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass auch sehr geübte Gynäkologen sich über den Charakter einer Entzündung täuschen können; es kann immer noch trotz jahrelangen Bestehens ein subacuter Zustand vorhanden sein, blennorrhoische Infection stattgefunden haben, dann kann die Massage die Ursache einer oft gefährlichen Verschlimmerung sein. Deshalb muss wiederholt darauf hingewiesen werden, wie vorsichtig man mit der Diagnose und im Beginne mit der Behandlung sein muss.“

[1]) cf. Reibmayr: Die Unterleibsmassage etc. 1899 Leipzig und Wien. F. Deuticke.

[2]) Dollinger: Die Massage für Ärzte und Studierende. Stuttgart 1890. F. Enke.

Alle diejenigen Adhäsionen, die von paranephritischen Erkrankungen bei Ren mobilis ausgegangen sind, erfordern doppelte Vorsicht, da es bekanntlich lange Zeit dauert, ehe z. B. ein paranephritischer Abscess sich durch eine Verwölbnng in der Lumbalgegend bemerkbar macht; dann verbietet sich die manuelle Behandlung ohne weiteres von selbst. Eine ganz besonders gute Richtschnur giebt hier, wenn anderweitige objective oder subjective Symptome fehlen, das Bestehen eines Fiebers ab, welches auf die erwähnte Affection hindeuten könnte. Denn nach P. Wagner[1]) sind die allgemeinen Erscheinungen bei peri- und paranephritischen Entzündungen häufig ausgesprochener als bei den eitrigen Entzündungen der Nierensubstanz und des Nierenbeckens. Solange das Fieber nicht völlig für längere Zeit, ebenso wie alle andern Symptome verschwunden sind, kann an ein manuelles Agieren nicht gedacht werden. Da ferner die überwiegende Mehrzahl peri- und paranephritischer Abscesse secundärer Natur sind und zwar meist renalen Ursprungs, so ist die Folge davon, dass entsprechend der Ausdehnung und des Grades der Erkrankung der Urin in diesen Fällen den Charakter einer verschieden starken renalen Pyurie zeigt, die sich zeitweise mit geringer Hämaturie verbinden kann; anders dagegen, wenn ein grösserer abgekapselter Abscess vorhanden ist, der in die Nierensubstanz hineinreicht. Bricht dieser plötzlich in das Nierenbecken durch, so finden sich in dem bis dahin normalen Harn reichliche Eitermengen. Wenn man diese Thatsache berücksichtigt, so wird man auch dieses Moment wieder als eine Unterstützung für Indications- oder Contraindicationsstellung für die manuelle Behandlung einer durch para- oder perinephritische Affection fixierten Ren mobilis verwerten können, natürlich nur unter Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, der Klagen und der Fieberfreiheit des Patienten. Die Frage, wie sich die Behandlung der Wanderniere als solcher nach operativer Eröffnung eines paranephritischen Abscesses gestaltet, lassen wir unbeantwortet, da sie unseres Erachtens nach nur

[1]) P. Wagner: Behandlung der eitrigen Entzündungen der Niere und ihrer nächsten Umgebung. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt u. Stintzing. Bd. 7. Jena 1898.

eine chirurgische Lösung finden kann, dies aber nicht mehr in das Gebiet unseres Themas fällt.

Entschliesst man sich nun im concreten Fall nach sorgfältiger Erwägung aller dieser Momente, eine fixierte Ren mobilis zu lösen, dann hat dies nach den für die Unterleibsmassage gültigen Regeln zu geschehen, stets hat es sanft und schmerzlos, nie gewaltsam zu erfolgen. Im allgemeinen lösen sich die parametritischen Adhäsionen viel leichter als die peri- oder paranephritischen[1]), da durch die letzteren doch häufig auch das Peritoneum mit afficiert wird und hinterher Pseudomembranen resultieren, die viel weniger der Massage zugänglich sind als die Producte der einfachen Zellgewebsentzündung bei parametritischen Entzündungen, die Infiltration.

Wir wollen unsere Abhandlung nicht schliessen, ohne der Behandlung der Wanderniere mittelst Binden und Bandagen zu gedenken. Eine ganze Anzahl mehr oder minder complicierter Bandagen sind von den verschiedensten Autoren und Orthopäden angegeben worden, deren wesentliche Wirkung darin beruht, einen gleichmässigen, von unten nach oben gerichteten Druck auf den Leib und seinen Inhalt im allgemeinen, sowie im besonderen, von unten vorn nach oben hinten wirkenden Druck auf die bewegliche Niere auszuüben. Es werden neuerdings auch mit Glycerin gefüllte Gummipelotten empfohlen. Diese sind bedeutend elastischer und deswegen im Tragen angenehmer als die früher verwendeten mit Leder überzogenen Nierenpolster. Sie müssen sorgfältig gearbeitet sein und fest schliessen, damit das Glycerin nicht ausläuft und Wäsche und Kleider beschmutzt. Vielfach werden deshalb die Gummipelotten auch nur mit Wasser gefüllt, das freilich auf die Haltbarkeit des Gummis nicht so günstig einwirkt, wie das Glycerin. Auch mit Luft gefüllte Pelotten können Anwendung finden. P. Wagner[2]) empfiehlt an Stelle der sonst üblichen kuchen- oder nierenförmigen Polster die

[1]) Dohinger: Die Massage für Ärzte und Studierende. Stuttgart 1890. Verlag von Ferd. Enke.

[2]) P. Wagner: Behandlung der Wanderniere. l. c.

von Penzoldt angegebene Pelottenform, die unten dick ist und nach oben zu dünner wird, also auf dem Längsschnitt keilförmig gestaltet ist. Bei dieser Form wird das Abdomen unten stärker comprimirt als oben, um so mehr, als auch der unterste dicke Abschnitt der Pelotte von dem Drucke des Bindengurts am stärksten getroffen ist. Die verschiedenen Arten der Binden u. s. w. aufzuzählen, wäre eine zwecklose Mühe, da sie ja alle für den einen, oben angegebenen Zweck hergestellt werden. Zum Unterschiede gegenüber der manuellen Behandlung der Wanderniere muss man sich jedoch stets klar machen, dass die Bandagentherapie grösstenteils eine rein prophylaktische ist, insofern als sie die Hauptätiologie der Ren mobilis, die Erschlaffung der Bauchdecken nicht tangiert, sondern nur die Niere an einem weiteren Sinken hindert. Bei schon vorhandener, manifester Erschlaffung der Bauchdecken wird schon mit Rücksicht auf das Unbehagen der Patientin das Tragen einer festsitzenden Leibbinde zu empfehlen sein; die schon bewegliche Niere jedoch wird deshalb ebenso mobil bleiben wie vorher. Nach genügend langem Tragen einer Pelottenbinde, wird die Niere auch Zeit gewinnen, sich zu fixieren. Aber diese Fixierung ist doch nur eine lockere und wird sehr bald wieder loslassen, wenn vom Tragen der Binde Abstand genommen wird. Das ist aber bei der relativen Schwere der Niere sehr erklärlich und gerade dieser Umstand möge den Wert unserer manuellen Behandlung illustrieren, die das Übel an der Wurzel fasst, die als Hauptziel die Stärkung aller der Muskeln, Fascien etc. im Auge hat, deren Erschlaffung ein Sinken des intraabdominellen Drucks zur Folge hat. Wir wollen uns aber auch nicht auf den Standpunkt stellen, die Bandagenbehandlung gänzlich zu verwerfen, denn auch sie kann unsere manuelle Therapie unterstützen helfen, wenn nämlich die Patientin tagsüber, z. B. in der Häuslichkeit, mehr zu arbeiten hat, als ihr bei ihrem Leiden dienlich wäre, und so die Gefahr besteht, dass die morgens gut reponierte Niere wieder aus ihrer Lage geraten kann. Bei ruhigem Verhalten der Patientin aber möchten wir das Anlegen einer Binde oder dergleichen nicht raten, ebenso wie wir auch das Anlegen jedes eng schliessenden Cor-

sets durchaus verbieten müssen. Dass die Patientinnen das Corsett ganz meiden sollen, möchten wir eigentlich nicht empfehlen, da sonst diese Schädlichkeit sehr leicht nur einer grösseren Platz macht, nämlich dem starken Schnüren der Rockbänder über der Hüfte, von dessen nachteiligen Folgen bei bestehender Wanderniere wir schon geredet haben. Ist doch nach Küster[1]) die vornehmste, eigentliche Krankheitsursache der Ren mobilis gerade in diesen Schnürwirkungen zu suchen.

Vielfach ist nun die Nierendislocation nur eine Teilerscheinung der Enteroptose, man kann in solchem Fall weniger von Ren mobilis wie von Nephroptose reden. Wenngleich diese beiden Arten der Nierenerkrankungen nicht immer scharf auseinanderzuhalten sind, so ist doch sicher, dass nicht jede Nierendislocation — von der angeborenen Ectopia renis ganz abgesehen — mit allgemeiner Enteroptose verbunden ist, wie dies von Glénard behauptet wird. Auch Senator[2]) und Wagner[3]) treten dieser Ansicht entgegen.

Wenn bisher die manuelle Behandlung der Wanderniere nicht den Eingang in die Therapie gefunden hat, wie es wohl zu erwarten wäre, so liegt das nicht zum geringsten Teil daran, dass das eigentliche Manuelle dieser Behandlung, das Massieren, allermeist laienhaft ausgebildeten Masseuren überlassen wurde. Wenn aber irgendwo, dann ist gerade bei der Wanderniere streng zu individualisieren. Ein Massieren, welches der Hauptsache nach aus regellosem Kneten, Klopfen, Drücken und Reiben besteht, schadet bei Ren mobilis mehr, wie es nützt. Wir sind daher der festen Zuversicht, dass bei Anwendung der manuellen Behandlung, etwa in der Weise, wie wir sie geschildert haben, in der Zukunft mehr, bessere und dauernde Resultate erzielt werden können. Dazu trägt natürlich die Ausbildung des Arztes selbst in der manuellen Behandlung zum wesentlichen bei.

[1]) Küster: Zur Entstehung der subcutanen Nierenzerreissung und der Wanderniere. Arch. f. klin. Chir. Bd. 50. 1895.
[2]) Senator: Die Erkrankungen der Nieren. Wien, 1895—96.
[3]) Wagner: l. c.

Am Schlusse meiner Arbeit erlaube ich mir, dem Herrn Prof. Dr. Georg Klemperer für die Anregung und freundliche Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit meinen besten Dank zu sagen.

Thesen.

I.

Die manuelle Behandlung der Ren mobilis braucht während der Menstruation nicht abgebrochen werden.

II.

Das Tragen eines nicht fest und nicht eng anschliessenden Corsets ist rationeller wie das völlige Auslassen desselben.

III.

Die manuelle Behandlung der Wanderniere ist der mittels Binden und Bandagen vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Aimé Thure-Brandt, evangelischer Religion, ist am 4. Februar 1857 in Schweden — Regierungs-Bezirk Skaraborgs — als Sohn des Majors Th. Brandt geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Wexiö und Stockholm, bestand das Maturitätsexamen zu Falun. Im Jahre 1877 trat er in die Kriegsschule ein und erhielt am 29. Februar 1879 das Patent als Seconde-Leutenant im Kgl. schwedischen Artillerie-Regiment Svea. Nach Besuch der Artillerie- und Ingenieur-Hochschule wurde er am 5. October 1888 zum Oberleutenant befördert. Im Juli 1892 nahm er seinen Abschied aus dem Kriegsdienste, trat aber im März 1895 wieder in die Armee ein. Von 1892 bis 1895 studierte er bei seinem Vater in Stockholm Gymnastik und ausserdem beim anatomischen Karolinska-Institut ebendaselbst Anatomie. Noch im September 1895 siedelte er nach Berlin über, liess sich von der medicinischen Facultät inscribieren und studierte daselbst neun Semester Medicin. Am 18. Juli 1899 bestand er das Tentamen medicum und am 25. Juli 1899 das Examen rigorosum.

Während seiner Berliner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

du Bois-Reymondt (†), Busch, Gerhardt, Hertwig, Heubner, Hirschberg, Klemperer, König, Lassar, v. Leyden, Liebreich, Lucae, Olshausen, Rosin, Schweninger, Strauss, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Zinn.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.